

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

皆野町長 様

(申請者)

所在地

医療機関名

代表者職氏名

印

(Tel )

皆野町医療機関緊急支援事業給付金交付申請書（兼請求書）

次のとおり、令和2年度皆野町医療機関緊急支援事業給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

	医療機関の区分等	申請額（円）
基本額		200,000
加算額	医療従事者 人 × 25,000円	

振 込 先	(ふりがな) 口座名義
	銀行・農協・組合 支店 普通・当座 口座番号

添付書類

- 1 医療従事者名簿
- 2 その他